

JÄMTmedel

Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län

ÅRGÅNG 36 • NR 3 • OKTOBER 2011



UR INNEHÅLLET:

Sertralin (Zoloft) och mirtazapin (Remeron)
saknar effekt mot depression hos dementa 5

Plåster som läkemedel 8

Glitazoner – en medicinsk återvändsgränd 11

Ordförande har ordet

Läkarmedverkan på äldreboenden

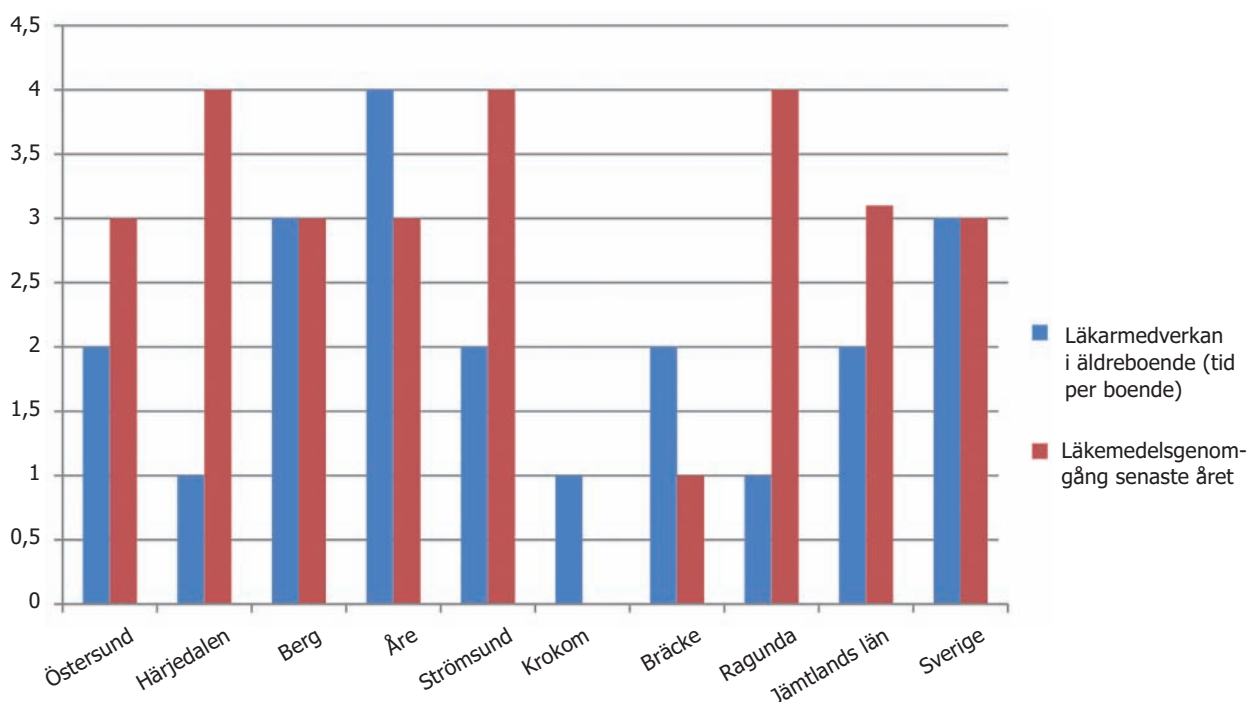
PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

På äldreboenden bor de personer som har störst vårdbehov, inte minst vad gäller läkemedelsbehandling.

I socialstyrelsens Äldreguide redovisas resultaten av enkäter till äldreboenden om kvalitén på vården.¹ Ett mått är läkarmedverkan som är sammansatt dels av läkartidens omfattning och dels av äldre personers möjlighet att tillsammans med ansvarig läkare och vårdpersonal få överväga och ompröva sin läkemedels-

behandling (= andel boende som haft läkemedelsgenomgång senaste året).

Mätningen görs som enkäter till äldreboenden och omräknas till »omdömen« där de 20 procent med bäst resultat får omdömet 5, de 20 procent med sämst resultat får omdömet 1. Så här blev resultatet för vårt län hösten 2009-vintern 2010:



OMSLAGSFOTO: GUDRUN JONASSON

JÄMTmedel

Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands läns landsting

www.jll.se/lakemedel

REDAKTÖR OCH ANSVARIG UTGIVARE Per Magnusson

REDAKTION Järpens hälsocentral • Skolvägen 29 • 830 05 Järpen • per.magnusson@jll.se

GRAFISK FORM & LAYOUT Jonasson grafisk design

TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2011

forts.

Jämtlands län ligger något under riksgenomsnittet och det finns en stor variation inom länet. Det är mycket viktigt att denna högprioriterade grupp får tillräcklig läkarmedverkan i sin vård för att få en kvalificerad medicinsk bedömning. Det minskar risken för läkemedelsrelaterade problem som kan medföra ökat behov av sjukhusvård.²

Läkemedelskommittén har på hemsidan samlat dokument och stöd för läkemedelsbehandling hos äldre.³ Där poängteras att det krävs hög kompetens och kontinuitet hos läkaren och övrig personal och att läkaren behöver tillräckligt med tid avsatt för ronder på äldreboenden.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med föreskrifter om läkemedelsavstämning och läkemedels-

genomgång, en remissversion har gått ut.⁴ Arbetet är ett »snabbspår» där denna del av nya föreskrifter inom läkemedelsområdet prioriteras. Föreskrifterna blir tvingande regler och kommer att medföra att läkarmedverkan inom äldreboenden på många håll måste prioriteras högre än idag.

REFERENSER

1. Äldreguiden socialstyrelsen 2011 <http://korta.nu/ardwo>
2. Läkemedelsrelaterade problem vanliga på medicinakuten. Orsak till inläggning hos nästan var tredje patient, enligt kvalitetsuppföljning. Läkartidningen nr 12–13 2008 <http://korta.nu/txqav>
3. <http://korta.nu/cuf1e>
4. <http://korta.nu/9ilk9>

E-dos byts ut mot Pascal

Under våren 2012 förändras IT-stödet för dosdispenserade läkemedel. E-dos byts ut mot Pascal, som utvecklas och förvaltas av Inera AB. Bakgrunden till förändringen är att apoteksmarknaden har omreglerats och blivit leverantörsberoende. I Jämtlands län sker övergången från E-dos till Pascal vecka 16, i mitten av april.

Senare ska en Nationell Ordinationsdatabas utvecklas som även innefattar patienter som inte har dosexpedierade läkemedel. Grundtanken är att helt byta ut receptföreskrivning mot tidsbegränsade ordinationer. Det innebär att det kommer att finnas en nationell gemensam informationskälla om en patients ordinationer i öppenvård.

I dagsläget sker större delen av ordinationerna till dospatienter i E-dos, som förvaltas av Apoteket AB. Omregleringen av hela apoteksmarknaden gör att IT-stödet inte kan vara knutet till en viss apoteksaktör. Därför har det fattats ett nationellt beslut om att ersätta E-dos med Pascal, som all hälso- och sjukvårdspersonal i landsting, regioner, kommuner samt apoteksaktörer ska använda.

I samband med övergången sker också en sammanlagning av landets alla dosregister.

Målet med förändringarna är att effektivisera läkemedelsprocessen, höja kvaliteten och skapa en säkrare

läkemedelshantering som bidrar till tryggare vård för patienten.

En arbetsgrupp med representanter från landstinget och kommunerna har bildats för att planera införandet i Jämtlands län. I det ingår att erbjuda utbildning för personal som ska använda Pascal. Utbildningarna kommer att hållas i början av 2012. Inbjudan till utbildningarna skickas ut längre fram.

Vid frågor, kontakta:

- Marie Hermansson, implementeringsansvarig för Pascal, Jämtlands läns landsting via telefon 063-14 24 73 eller e-post marie.hermansson@jll.se
- Per Magnusson, ordförande i läkemedelskommittén, Jämtlands läns landsting via telefon 0647-165 56 eller e-post per.magnusson@jll.se

Mer information om Pascal finns på Ineras webbplats, www.inera.se/Vardtjanster/Pascal-samordning

Mer information om den Nationella Ordinationsdatabasen finns på CeHis (Center för eHälsa i samverkan) webbplats, www.cehis.se/nationell_ordinationsdatabas, och i kapitlet »Den gemensamma elektroniska patientjournalen» i Läkemedelsboken på webben: www.lakemedelsboken.se

INNEHÅLL

Läkarmedverkan på äldreboenden	2
E-dos byts ut mot Pascal	3
Sertralin (Zoloft) och mirtazapin (Remeron) saknar effekt mot depression hos dementa	5
Paracetamol minskar agitation hos dementa.....	7
Plåster som läkemedel.....	8
Glitazoner – en medicinsk återvändsgränd.....	11
Läkemedelsdagarna i Umeå 24–25 januari 2012.....	12

Sertralin (Zoloft) och mirtazapin (Remeron) saknar effekt mot depression hos dementa

PER MAGNUSSON, DISTRIKTLÄKARE, JÄRPENS HÄLSOCENTRAL, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN
HÅKAN LINDHOLM, ÖVERLÄKARE, ÄLDREPSYKIATRINS ÖPPENVÅRD, ÖSTERSUND

Depression är vanligt vid demens, över 20 procent är drabbade. Studier av läkemedelsbehandling vid depression hos dementa har gett motsäggande resultat. I en ny stor dubbelblind studie där sertralin och mirtazapin jämförts med placebo kunde ingen positiv effekt av läkemedlen ses, däremot fler biverkningar.¹

SBU anger 2006 att behandling med serotoninåterupptagshämmande antidepressiva läkemedel (SSRI) kan ge viss effekt vid depression hos dementa, men det vetenskapliga stödet för detta är begränsat (evidensstyrka tre).² Socialstyrelsen ger i nationella riktlinjer 2010 råd med prioritet 3 att behandla depression hos dementa med SSRI. Men man anger samtidigt att det är vanligt med biverkningar som gastrointestinala besvär, huvudvärk, ökad blödningsbenägenhet och hyponatremi som kan ge trötthet.³

Den nu publicerade studien är den största som undersökt läkemedelsbehandling av depression hos dementa.¹ Den finansierades med allmänna medel och genomfördes på patienter med måttlig demens (Mini

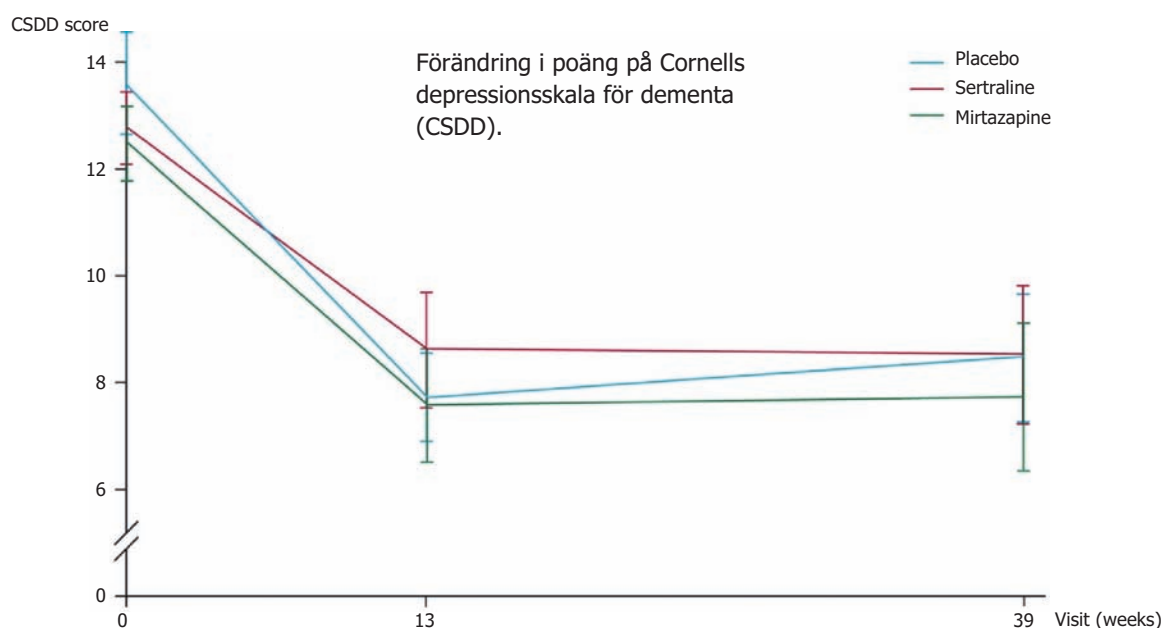
Mental Test poäng i genomsnitt 18) som remitterats till äldrepsykiatriska mottagningar i England. De hade haft depression i minst fyra veckor med minst åtta poäng på Cornells depressionsskala för dementa (CSDD). Man valde medvetet få exklusionskriterier (t.ex. suicidrisk) för att efterlikna normal klinisk verksamhet. Patienterna följdes i 39 veckor.

Dosen av läkemedlen ökades efter behov upp till 150 mg dagligen för sertralin och 45 mg dagligen för mirtazapin. Alla tre grupper fick i övrigt den vanliga icke-farmakologiska vården som oftast bestod i kontakt med en sjuksköterska med ett brett utbud av olika stödåtgärder och problemlösningar.

Resultat

111 patienter fick placebo (bortfall 24 procent), 107 sertralin (bortfall 35 procent) och 108 mirtazapin (bortfall 29 procent). Det var ett signifikant större bortfall i läkemedelsgrupperna än i placebogruppen vid 13 veckor, men vid 39 veckor var det ingen skillnad.

Uppföljningen efter 13 respektive 39 veckor visade lika stor förbättring i alla tre grupperna (fig).



forts.

Signifikant fler i läkemedelsgrupperna fick biverkningar: 26 procent i placebogrupperna, 43 procent i sertralingruppen och 41 procent i mirtazapingruppen. Gastrointestinala biverkningar, främst illamående, var vanligast i sertralingruppen och dåsighet och trötthet vanligast i mirtazapingruppen.

Slutsats

Antidepressiva läkemedel bör inte vara rutinmässig behandling vid depression hos dementa. De tycks inte tillföra något utöver vad som uppnås med omvårdnad och medför samtidigt biverkningar. Icke-farmakologiska interventioner för den demente och dess anhöriga bör vara förstahandsval.⁴ Det kan innefatta trevliga händelser, problemlösning, fysisk aktivitet och beteendeterapi.^{5,6}

Antidepressiva läkemedel kan prövas vid utebliven förbättring med omvårdnadsåtgärder eftersom man inte kan utesluta att läkemedlen har effekt hos enskilda patienter. Då de används bör insättning föregås av analys av symptomen, en hypotes uppställas och en utvärdering ske – har målen uppnåtts? Om inte skall preparatet seponeras. En närstående till patienten – anhörig eller personal – bör utses för att hjälpa till i denna utvärdering.

SSRI kan ha effekt vid andra symtom som är vanliga vid demens t.ex. agitation, även om det vetenskapliga stödet för detta är litet.^{7,8} Vid agitation hos dementa kan även smärtlindring med så enkla medel som paracetamol ha en gynnsam effekt (se artikel sidan 7).

REFERENSER

1. Banerjee S et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, Early Online Publication, 18 July 2011
<http://korta.nu/j4uvm>
2. Demenssjukdomar SBU-rapport 2006
<http://korta.nu/47bab>
3. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom Socialstyrelsen 2010
<http://korta.nu/6phrg>
4. Brodaty H. Antidepressant treatment in Alzheimer's disease. *Lancet*. 2011 Jul 15. [Epub ahead of print]
<http://korta.nu/2bcz5>
5. Teri L et al. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997 Jul;52(4):P159-66.
<http://korta.nu/5hp46>
6. Teri L et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Oct 15;290(15):2015-22.
<http://korta.nu/4hab2>
7. Pollock BG et al. Comparison of Citalopram, Perphenazine, and Placebo for the Acute Treatment of Psychosis and Behavioral Disturbances in Hospitalized, Demented Patients. *Am J Psychiatry* 159:460-465, March 2002
<http://korta.nu/r7ce2>
8. Pollock BG et al. A Double-Blind Comparison of Citalopram and Risperidone for the Treatment of Behavioral and Psychotic Symptoms Associated With Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:942-952
<http://korta.nu/n5wns>

Paracetamol minskar agitation hos dementa

PER MAGNUSSON, DISTRIKTLÄKARE, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

En stor kontrollerad studie visar att smärtbehandling med främst paracetamol minskar neuropsykiatriska symtom som agitation och aggressivitet hos dementa som bor på institution. Effekten är minst lika bra som med de läkemedel som vanligtvis används: neuroleptika, SSRI, acetylcholinesterashämmare och memantin.

Neuropsykiatriska symtom som aggressivitet och agitation är mycket vanligt hos dementa, över 50 procent av de med måttlig till svår demens som bor på institution är drabbade. De läkemedel som används för att lindra symtomen är varken särskilt effektiva eller säkra. En studie har gjorts i Norge för att undersöka om systematisk smärtbehandling kan lindra agitation hos dementa.

Studien var cluster-randomiserad, dvs. varje ingående boende randomiserades till antingen intervention eller vanlig behandling. Interventionen bestod i stegvis ökad smärtlindrande behandling: 70 procent fick paracetamol 3 g per dag, 20 procent buprenorfin (Norspan plåster) och färre än 10 procent morfin eller gabapentin. 352 personer med måttlig till svår demens och kliniskt signifikant beteendestörning på 60 vårdboenden i västra Norge ingick i studien. Primär

ändpunkt var förändring i agitation och sekundär ändpunkt var bl.a. smärta.

Resultat

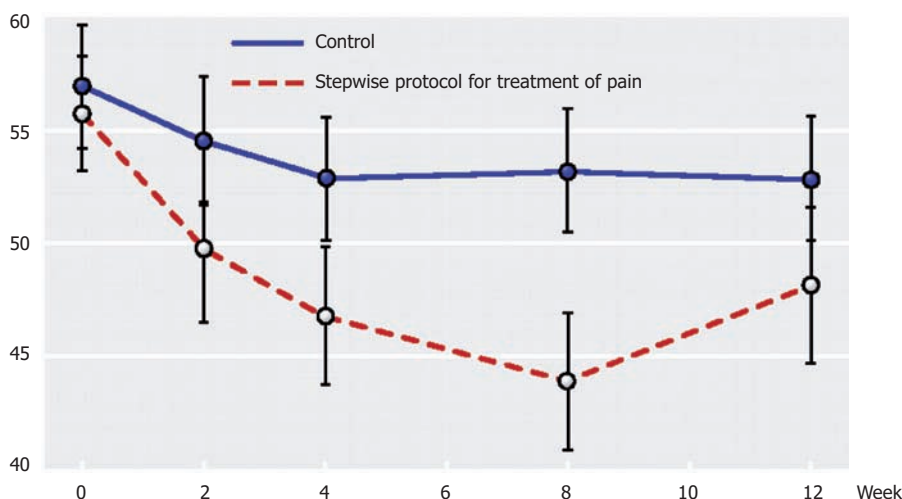
Agitation minskade signifikant med 17 procent i den behandlade gruppen jämfört med vanlig behandling (fig). Även smärta minskade signifikant liksom neuropsykiatriska symtom generellt. Storleksordningen på dessa effekter mäter sig väl med annan farmakologisk behandling av dessa symtom.²

Slutsats

Denna studie ger stöd för principen att optimal demensvård börjar med optimal medicinsk vård av samtidig sjuklighet hos den demente.² Smärta är svårvärderad hos dementa och behandling med analgetika, i första hand paracetamol, bör provas frikostligt vid neuropsykiatriska symtom.

REFERENSER

1. Husebo BS et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ 2011;343:d4065 doi: 10.1136/bmj.d4065 <http://korta.nu/fctbx>
2. Rosenberg PB. Treating agitation in dementia. A systematic pain management protocol may help. Editorial. BMJ 2011; 343:d3913. <http://korta.nu/6j2mi>



Cohen-Mansfield agitationsinventeringspoäng, med 95% konfidensintervall, under studietiden

Plåster som läkemedel

KRISTINA SELING

INFORMATIONSLÄKARE, LÄKEMEDELSKOMMITTÉN, JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING

DISTRIKTLÄKARE, FÖLLINGE HÄLSOCENTRAL

Att tillföra läkemedel till kroppen via huden är en gammal beprövad metod som människan har använt sedan urminnes tider. Ordet plåster betydde i början av 1900-talet »ett segt läkemedel för utvärtes bruk«. Då blandades den verksamma substansen med harts, vax, fett, beck eller någon annan substans som mjuknade vid värme och hårdnade i kyla.¹

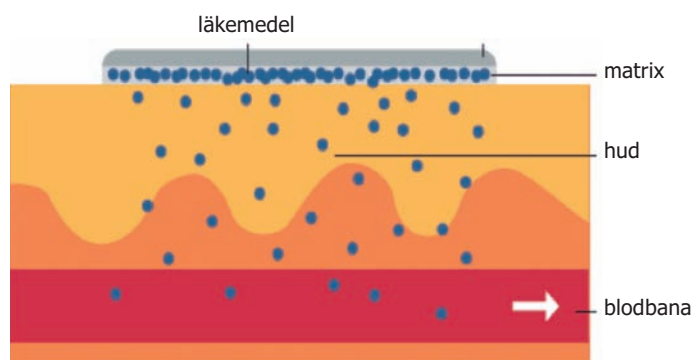
Med plåster som beredning kommer man ofta upp i en jämnare läkemedelskoncentration i blodet än med perorala beredningar, man slipper svälja och man slipper många biverkningar som har med första passage-metabolismen i levern att göra. Däremot tillkommer andra biverkningar, där den vanligaste är hudirritation vilket, med tanke på hudens uppgift som skydd mot omgivningen, inte är så konstigt.

Alla plåster har som krav att de ska tillföra läkemedlet i jämn takt. För att detta ska kunna fungera måste plåstret innehålla mycket mer av läkemedlet än det som tillförs kroppen. Använt plåster innehåller alltså en hel del läkemedel och ska därför lämnas tillbaks till apotek för att kunna destrueras på ett säkert sätt. Plåstren bör därför inte heller hamna i händerna eller munnen på barn.

Plåstren består av ett vattenskyddande hölje, under detta ligger en massa, så kallat matrix, i vilket den verksamma substansen är inbäddad. Matrixen är självhäftande och tillverkas av så hudvänligt material som möjligt.

Farmakologi

Läkemedlet i plåstret diffunderar passivt över till huden där det börjar verka lokalt efter cirka en timme, efter cirka fyra till tolv timmar kan man uppmäta en systemeffekt. Läkemedel ligger kvar i huden efter plåstret tagits bort vilket ger en fortsatt tillförsel av läkemedel till blodet i cirka 20–24 timmar efter borttagandet av plåstret.



Plåster mot smärta

Plåster mot smärta är de absolut vanligaste och de som ökar i försäljning allra mest. I Sverige har vi fentanylplåster (Durogesic®, Fentanyl och Matrifen), buprenorfinplåster (Norspan®), lokalbedövningsplåster (EMLA®) och capsaiscinplåster (Qutenza) som används mot olika typer av smärta.

FENTANYL

Fentanyl är en mycket potent opioid där ett milligram är dödlig dos för de flesta. Fentanyl finns i plåsterform och i form av sugtablett, resorbitablett, buccaltablett, nässpray och injektionsvätska. Indikationen för användandet av fentanylplåster är svår kronisk smärta där enbart opioider ger tillräcklig analgetisk effekt och där peroral behandling av någon anledning inte längre fungerar, som till exempel vid svårigheter att svälja tabletter, vid njursvikt eller vid biverkningar som

forts.

illamående, kraftig klåda och svåra förstoppningsproblem. Plåstren fungerar på så sätt att en jämn ström av verksam substans diffunderar in i hudens olika lager och till sist in i blodbanan. Maxeffekt efter att ha satt på ett plåster får man efter 12–24 timmar. Under den tiden ska man inte öka styrkan, utan hellre ge snabbverkande opioider vid smärtgenombrott. Hos de allra flesta räcker effekten i 72 timmar, men hos enstaka individer behöver plåstret bytas varannan dag. Då plåstret plockats bort avtar effekten successivt. Efter 17 timmar finns minst halva serumkoncentrationen kvar i kroppen. Fentanylplåster ger mindre biverkningar än vad perorala beredningar ger i form av illamående, förstoppning och klåda.

Fentanyl lagras i fettväv. Vid kakexi, där fettmassan bryts ner i snabb takt, ser man ofta en ökad effekt av fentanyl. Äldre människor har ofta en förlängd halveringstid av fentanyl, en av orsakerna är att människan med stigande ålder har mindre andel vätska i kroppen och större andel fett.

Värme ger en klart ökad effekt av fentanylplåster genom att utsöndringen från plåstret ökar och framför allt genom att hudens absorption av läkemedel ökar. Misstänker man morfinöverdos i samband med feber eller värmebölja bör man övervaka patienten noggrant, ta bort plåstret och stimulera patienten fysiskt och verbalt. Ibland behöver man ge naloxon.

Fentanyl i plåsterberedning används inte bara av sjukvården, utan är även eftertraktat av missbrukare. När plåstret tagits bort finns det kvar aktiv substans. Förbrukade plåster ska därför alltid lämnas tillbaka på apotek. Efter användning kan kvarvarande mängd fentanyl i plåstren utgöra 30–85 procent av ursprungsmängden, vilket motsvarar mellan fyra och åtta gånger den letala dosen (ca 1 mg för en 70 kg person).²

Matrixformen i de olika fentanylplåstren på marknaden är numera tillverkad på ett sätt som gör beredning av substans för intravenöst bruk mycket svår.

Fentanylplåster finns i olika styrkor, från 12 mikrogram/timme till 100 mikrogram/timme. Den vanligaste styrkan som skrivs ut i Jämtland är 25 mikrogram/timme. Den motsvarar 60–90 mg peroralt morfin per dag. Doseringen blir otillförlitlig om man klipper sönder plåstren.

Norspan®

Plåstret Norspan® godkändes 2006 och förskrivningen har under de fem år som gått sedan dess stigit ordentligt i hela landet. Det är ett rekommenderat läkemedel i Jämtlands Z-läkemedel och i Kloka listan³ från Stockholm. Den verksamma substansen i Norspan® är buprenorfin, ett semisyntetiskt morfinderivat som både verkar som agonist och antagonist på morfinreceptorerna, dvs. det verkar smärtdämpande samtidigt som det minskar den smärtlindrande effekten av ytterligare morfin. Andra preparat innehållande buprenorfin är Subutex® och Temgesic®. Subutex® ska endast användas i behandlingen av opioidberoende medan Temgesic® används mot smärta. Norspan® ska endast användas mot kronisk smärta och har fördelen, i de fall den hjälper mot värken, att ge en jämn koncentration av läkemedlet i kroppen. Först efter tre dagar uppnår man maximal serumkoncentration. Då kan man pröva att höja dosen, om inte tillräcklig effekt uppnåtts. Plåstren byts ut vart sjunde dag.

Lokal smärtbehandling

Plåstret Emla består av substanserna lidokain och prilokain, medan plåstret Rapydan består av lidokain och tetrakain. Effekten av Rapydan sätter in snabbare än Emla, efter två timmar kan man dock inte se någon skillnad i effekt.⁴ Observera att Rapydan inte är godkänt till barn under tre års ålder.

Hormonplåster

Hormonplåster används framför allt mot klimakteriella besvär men också i liten mängd som graviditetsprevention samt för ökad sexuell lust. Som alla andra plåster finns en stor mängd farmakologisk substans kvar i plåstret då det är färdiganvänt.

Plåster mot klimakteriella besvär är fyra till fem gånger dyrare än tablettbehandling, dessutom kan det ha negativa miljöeffekter om man inte deponerar det på korrekt sätt. Plåstren byts var tredje eller fjärde dag.

Plåster i graviditetspreventivt syfte är inte rabattberättigat, de byts en gång per vecka och är bra mycket dyrare än de flesta p-piller. Plåster för ökad sexuell lust är heller inte rabatterade.

forts.

Plåster mot illamående

Scopoderm® är det första registrerade läkemedlet i plåsterberedning. Det registrerades 1983 och den farmakologiska substansen är skopolamin, vilket bland annat orsakar muntorrhet, dåsighet, trötthet, förstoppning, urinretention och hallucinationer hos känsliga personer. Som alla andra antikolinerga läkemedel bör det användas med stor försiktighet hos äldre personer. Effekten uppnås efter fem till sex timmar och håller i sig minst 72 timmar. Det är inte rabattberättigat och används framför allt mot åksjuka, men ibland också mot överdriven salivation.

Nikotinabstinens

Nikotinplåster är receptfria och inte rabattberättigade. De tillverkas i flera olika styrkor och ger maximal effekt efter ca nio timmar. Plåstret ska sitta på över dagen medan nätterna ska vara plåsterfria.

Alzheimerdemens

Till skillnad från övriga plåsterberedningar så är inte plåsterberedningen av Exelon® dyrare än tablett-

beredningen. Maxdos kostar cirka 30 kronor per dag vilket är likvärdigt med maxdos av övriga kolinesterashämmare. Plåstret ska bytas en gång per dag och fördelen med plåster jämfört med tablett i detta fall är att det ger mindre gastrointestinala biverkningar än vad tablettberedningen gör.

Övriga plåster

Det finns även plåster mot instabil urinblåsa och mot Parkinsons sjukdom.

Inom närmaste åren kommer det troligtvis fortsätta dyka upp en hel del nya läkemedel i olika typer av plåsterberedningar. På KTH utvecklades för några år sedan ett slags »nålplåster« som ska kunna användas för att på smärtfritt sätt spruta in läkemedel, i detta fall insulin, i kroppen. Om och när det kommer ut på den svenska marknaden är okänt.

REFERENSER

1. <http://spraakbanken.gu.se/dalin/>
2. <http://korta.nu/8myfz>
3. <http://korta.nu/3bgj9>
4. <http://korta.nu/bpouj>

Plåster som läkemedel ska alltid lämnas in till apoteket för destruktion!



Glitazoner – en medicinsk återvändsgränd

JAN HÅKANSSON, DISTRIKTSLÄKARE KROKOMS HÄLSOCENTRAL,
MEDLEM I EXPERTGRUPPEN FÖR HJÄRTKÄRLSJUKDOMAR

Glitazonerna rosiglitazon (Avandia) och pioglitazon (Actos), lanserades för drygt tio år sedan för behandling av typ-2-diabetes. Ända sedan introduktionen har det funnits frågetecken om glitazonernas risk/nytta-balans. Ökad risk för hjärtsvikt och frakturer har påvisats för båda glitazonerna. För rosiglitazon fördes en livlig diskussion om en misstänkt ökad risk för hjärtinfarkt. Hösten 2010 drogs rosiglitazon in av den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) på grund av ökad risk för hjärtkärlbiverkningar. En annan risk som diskuterats för glitazonerna är risken för cancerutveckling, främst cancer i urinblåsan. EMA har nyligen meddelat att en liten ökad risk för urinblåsecancer tycks finnas vid behandling med pioglitazon, varför andra riskfaktorer för urinblåsecancer ska uppmärksammas och att makroskopisk hematuri hos pioglitazonbehandlade ska utredas. Pioglitazon dras

dock inte in av EMA, vilket den franska läkemedelsmyndigheten gjort.

Pioglitazon finns som ensam substans med varunamnet Actos och i kombination med metformin med varunamnet Competact.

Den viktigaste lärdomen för forskrivare att dra av glitazonernas turbulenta decennium på marknaden är att vara återhållsam med användning av nya preparat med ofullständig dokumentation, särskilt när det gäller långvarig förebyggande behandling. Dokumentationen för de nya preparat som nu främst marknadsförs för behandling av typ-2-diabetes DPP4-hämmare och GLP-1-analoger har liknande brister. Hur de nya läkemedlen påverkar komplikationer till diabetes på lång sikt är okänt liksom om de orsakar andra oväntade biverkningar.

Läkemedelsdagarna i Umeå

24–25 JANUARI 2012

De fyra nordliga läkemedelskommittéerna anordnar för åttonde året läkemedelsdagar i Umeå. Målgrupp är läkare både under utbildning och färdiga specialister. Inbjudan och information om anmälning sänds ut inom kort.

TISDAG 24 JANUARI

10:00–11:45 Kan kvalitet mätas i siffror och tabeller och sedan jämföras mellan olika vårdheter?

Moderator: Eva Johansson, Läkemedelskommitténs ordförande, Västernorrland

- Mått och Mål – hur kan det användas för att förbättra kvalitet?

Björn Wettermark, docent, Karolinska Institutet och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting

- Mått och Mål kopplade till incitament – kan det förbättra läkemedelsbehandlingen av sjuka äldre?

Eva Nilsson Bågenholm, äldresamordnare, Socialdepartementet

- Mäta själv eller nationellt?

Sven Engström, distriktsläkare, ordförande SFAM:s kvalitetsråd

13:00–14:45 Resistenta bakterier – ett alltmer överskuggande hot

Moderator: Eva Johansson, Läkemedelskommitténs ordförande, Västernorrland

- Ökad resistens – varför, konsekvenser och vad kan vi göra?

Martin Sundqvist, läkare, Klinisk mikrobiologi, Växjö

- STRAMA:s mål – realistiskt? Risker? Hur arbetar vi praktiskt?

Pär-Daniel Sundvall, distriktsläkare, Vårdcentralen Sandared, FoU-enheten, Södra Älvsborg

- Hur kan vi nå STRAMA:s mål på landstingsnivå?

Lars Blad, biträdande smittskyddsläkare, Landstinget Västernorrland

15:15–17:00 Primär- och sekundärpreventiv läkemedelsbehandling vid hjärt/kärlsjukdom – hur stor nytta?

Moderator: Per Magnusson, Läkemedelskommitténs ordförande, Jämtland

- Sekundärpreventiv läkemedelsbehandling efter stroke
Signild Åsberg doktorand och ST-läkare inom strokemedicin, Akademiska sjukhuset

- Sekundärpreventiv läkemedelsbehandling efter hjärtinfarkt

Lars Svennberg, överläkare, hjärtenheten, Gävleborg

- Primär- och sekundärprevention i allmänläkarperspektivet

Jan Håkansson, distriktsläkare, Krokom's hälsocentral

ONSDAG 25 JANUARI

8:15–9:45 Stora kostnader men marginell nytta

Moderator: Robert Svartholm, informationsläkare, Norrbotten

- Hälsoekonomi och kliniks nytta

Karl Arnberg, hälsoekonom, TLV

9.45–10.00 Biverkningspriset

10:30–12:00 Biologiska läkemedel – stora kostnader och stor nytta?

Moderator: Håkan Larsson, ordförande, Västerbotten

- Hur fungerar de nya cancerläkemedlen och hur effektiva är de?

Mikael Johansson, lektor i onkologi, Umeå

- Vad får det kosta sett ur ett verksamhetsperspektiv?

Roger Henriksson, professor och verksamhetschef, Radiumhemmet, Stockholm

- Hur värderar staten våra nya, dyra terapier?

Rune Dahlqvist, professor emeritus och expert, TLV

13:15–14:45 Utsläpp från läkemedelsproduktion – en global utmaning

Moderator: Håkan Larsson, ordförande, Västerbotten

Föreläsare: Joakim Larsson, forskare i translationell farmakologi vid Vetenskapsrådet och docent i fysiologi vid Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet.

Läkemedelsindustrin lägger ut mer och mer av sin substansstillverkning till låglöneländer för att möta konkurrensen och prispressen. De senaste åren har flera vetenskapliga studier visat på omfattande utsläpp från läkemedelsindustrier i bland annat Indien och Kina, industrier som tillverkar läkemedel för den svenska marknaden. Halterna av antibiotika i förorenade ytvatten överstiger ibland de nivåer man normalt bara finner i blodet hos patienter som äter medicin, vilket leder till att multiresistenta bakterier utvecklas och frodas. Vilken påverkan har dessa utsläpp på miljön? Hur stora är riskerna att utsläppen driver på den accelererande antibiotikaresistensen – en hälsofråga av globala dimensioner? Vad kan man göra åt det?